

REGIONE SICILIANA

COMUNE DI MILITELLO IN VAL DI CATANIA

Città Metropolitana di Catania

AVVISO

SERVIZIO DI ASSISTENZA PER ANZIANI

FONDO PAC-POC 2014-2020

Si rende noto che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la fruizione dei servizi a valenza socio-assistenziale rivolti agli anziani con età superiore a 65 anni non autosufficienti. Si tratta degli anziani che a causa delle loro condizioni psichiche, fisiche o sensoriali, soli o senza adeguato supporto familiare, non sono in grado, in via transitoria o permanente, di gestirsi autonomamente.

Il servizio avrà una durata di 12 mesi ed è volto a consentire ai destinatari la permanenza, in condizioni ottimali, nel proprio contesto di vita, a favorire l'integrazione familiare e sociale, a supportare l'utente in relazione alle difficoltà quotidiane e a garantire la partecipazione alla vita della comunità.

Il servizio è articolato in prestazioni socio-assistenziali che prevedono:

-aiuto domestico (igiene, cura e governo dell'alloggio, lavaggio e stiratura della biancheria, preparazione e somministrazione pasti, acquisto alimenti e generi di prima necessità);

-cura della persona (igiene e cura della persona, aiuto nella vestizione, nella deambulazione e negli atti della vita quotidiana);

-supporto socio-relazionale (mantenimento dei rapporti con la rete familiare, servizi di prossimità, attività sociali, servizio di compagnia e accompagnamento a manifestazioni di carattere socio-ricreativo-culturale e religioso, frequenza di luoghi e attività ricreative, costruzione di un canale empatico con i beneficiari, valorizzazione di risorse e competenze personali, incontri con amici e sostegno agli interessi personali);

-disbrigo pratiche (pensioni, richieste mediche e commissioni varie);

- sostegno psicologico.

Le istanze dovranno essere redatte secondo il modello in allegato e presentate presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Militello in Val di Catania entro giorno 01.03.2024.

Le istanze presentate oltre tale termine non saranno accolte.

Il Servizio verrà erogato dagli Enti Accreditati iscritti all'Albo Distrettuale, istituito presso il Comune di Palagonia, la cui scelta deve essere indicata nel modulo di presentazione dell'istanza, dal beneficiario o dal familiare di riferimento o dal rappresentante legale.

Il Servizio Sociale professionale e il servizio sanitario di riferimento analizzeranno le domande ai fini di una valutazione condivisa in merito alla presa in carico, tenendo in considerazione i seguenti

elementi:

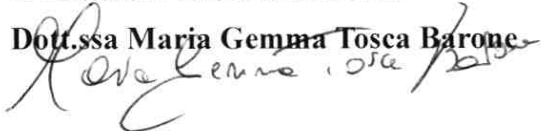
- tipo di difficoltà;
- situazione familiare;
- età dell'utente;
- grado di non autosufficienza;
- grado di coinvolgimento della famiglia;
- fruizione o meno di servizi erogati dall'ente comunale.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- copia del documento di identità in corso di validità;
- certificato del medico attestante il totale o parziale stato di non autosufficienza;
- ogni altra documentazione utile ai fini della valutazione.

L'Assessore ai Servizi Sociali

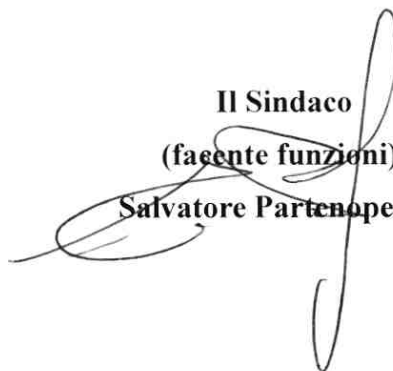
Dott.ssa Maria Gemma Tosca Barone



Il Sindaco

(facente funzioni)

Salvatore Partenope



AL SIG. SINDACO
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI MILITELLO IN VAL DI CATANIA

OGGETTO: ISTANZA ASSISTENZA PER ANZIANI

Il/la

C.F..... nato a

il residente a

in via/ p.zza

tel./cell.

- ☐ In qualità di aspirante beneficiario/a;
- ☐ In qualità di familiare di riferimento o altro (specificare)

CHIEDE

(COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA VIENE PRESENTATA DA ALTRO FAMILIARE DI RIFERIMENTO)

Per Il/la

C.F..... nato a

il residente a

in via/ p.zza

tel./cell.

DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA PER ANZIANI

A tal fine, ai sensi degli articoli 46/47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persona/e;
- ☐ di **avere** supporto familiare **SI** **NO** ;
- ☐ di **usufruire** di altri servizi erogati dal Comune **SI** **NO**;
- ☐ di **essere** titolare di invalidità civile **SI** **NO**;
- ☐ di **essere** titolare di indennità di accompagnamento **SI** **NO**;
- ☐ di **essere** beneficiario di assegno di cura **SI** **NO**;
- ☐ di aver preso visione dell'elenco degli Enti Accreditati per l'erogazione del Servizio Domiciliare Anziani e di scegliere la seguente Cooperativa: _____;

☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e ss.mm.ii.

SI IMPEGNA

1. Si allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità;
- certificato del medico attestante il totale o parziale stato di non autosufficienza;
- ogni altra documentazione utile ai fini della valutazione.

Data _____

Firma leggibile
